



|                                             |                                                             |                                      |                                                       |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS                            | 3 - Nome da Operadora                                       | 4 - Objeto do Recurso                | 5 - Número da Guia de Recurso de Glosa Arquivada pelo |
|                                             | DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA                       | 2                                    | 2 3 2 1 3 2 0                                         |
| Dados do Contratado                         |                                                             |                                      |                                                       |
| 6 - Código na Operadora                     | 7 - Nome do Contratado                                      |                                      |                                                       |
| 5 4 0 4 0 2 5 5 0 0 0 1 0 7                 | 56379/RJ - JULIA DA SILVA TRAVASSOS                         |                                      |                                                       |
| Dados do Recurso de Protocolo               |                                                             |                                      |                                                       |
| 8 - Número do Lote                          | 9 - Número do Protocolo                                     | 10 - Código da Glosa do Protocolo    | 11 - Justificativa                                    |
|                                             |                                                             |                                      |                                                       |
| Dados do Recurso da Guia                    |                                                             |                                      |                                                       |
| 12 - Número da Guia no Prestador            | 14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                | 15 - Status                          | 16 - Beneficiário                                     |
| 2 2 7 5 0 9 7                               | 2 2 7 5 0 9 7                                               | RECURSO DE                           | 0020254122450000161 - MICHELLE LOUZADA BOCHKORNY      |
| 17 - Código da Glosa da Guia                | 18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)      |                                      |                                                       |
|                                             | FOI REGULARIZADO TODAS AS ASSINATURAS PARA RECURSO DE GLOSA |                                      |                                                       |
| Dados dos Itens da Guia                     |                                                             |                                      |                                                       |
| 20 - Data de Realização do Procedimento     | 21 - Dente/Região                                           | 22 - Face                            | 23 - Quantidade                                       |
| 28 - Valor Recusado                         | 29 - Justificativa do Prestador                             | 24 - Tabela                          | 25 - Procedimento Item Assistencial                   |
| 30 - Valor Acolado                          | 31 - Justificativa da Operadora                             | 26 - Descrição do Procedimento       | 27 - Código da Glosa                                  |
| 1 - 0 9 / 0 4 / 2 0 2 5                     | 1 5                                                         | V                                    | 0 1                                                   |
| 1 8 3 0                                     |                                                             |                                      | 9 4                                                   |
| 0 0 0                                       |                                                             |                                      | 8 5 1 0 0 1 9 6                                       |
| RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE |                                                             |                                      |                                                       |
| 1 3 1 9                                     |                                                             |                                      |                                                       |
| 2 - 0 9 / 0 4 / 2 0 2 5                     | 1 4                                                         | V                                    | 0 1                                                   |
| 1 8 3 0                                     |                                                             |                                      | 9 4                                                   |
| 0 0 0                                       |                                                             |                                      | 8 5 1 0 0 1 9 6                                       |
| RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE |                                                             |                                      |                                                       |
| 1 3 1 9                                     |                                                             |                                      |                                                       |
| 3 -                                         |                                                             |                                      |                                                       |
| 4 -                                         |                                                             |                                      |                                                       |
| 5 -                                         |                                                             |                                      |                                                       |
| 6 -                                         |                                                             |                                      |                                                       |
| 32 - Valor Total Recusado (R\$)             | 33 - Valor Total Acolado (R\$)                              |                                      |                                                       |
| 3 6 6 0                                     | 0 0 0                                                       |                                      |                                                       |
| 34 - Data do Recurso                        | 35 - Assinatura do Prestador                                | 36 - Data da Assinatura da Operadora | 37 - Assinatura da Operadora                          |
| 04/06/2025                                  | Julia Travassos                                             |                                      |                                                       |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 2 - Data de Emissão da Guia                                                              | 3 - Data de Autorização                                     | 4 - Senha                             | 5 - Número da Guia Principal            | 6 - Data Validade da Senha                |
| 406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 0 9 / 0 4 / 2 5                                                                          | 0 9 / 0 4 / 2 5                                             | AUTORIZADO                            | 13750709                                | 0 8 / 0 7 / 2 5                           |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 8 - Número da Carteira                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 9 - Plano                                                                                | 10 - Empresa                                                | 11 - Data Validade da Carteira        | 12 - Número do Cartão Nacional de Saúde |                                           |
| 0 0 2 0 2 5 4 1 2 2 4 5 0 0 0 0 0 1 0 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | POS REDE PRESTADORA                                                                      | DENTAL UNI COOPERATIVA                                      |                                       |                                         |                                           |
| 13 - Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| MICHELLE LOUZADA BOCHKORNY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 25/02/1984                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 14 - Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| ( ) - - - - -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 15 - Nome do titular do plano                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| MICHELLE LOUZADA BOCHKORNY                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 16 - Atendimento a RN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 17 - Nome do Profissional Solicitante                                                    | 18 - Número no CRO                                          | 19 - UF                               | 20 - Código CBO S                       | 025 -                                     |
| N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | JULIA DA SILVA TRAVASSOS                                                                 | 50379                                                       | RJ                                    |                                         | Faturar Empresa                           |
| 21 - Código na Operadora / CNPJ / CPF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 22 - Nome do Contratado Executante                                                       | 23 - Número no CRO                                          | 24 - UF                               | 25 - Código CNEC                        |                                           |
| 5 4 0 4 0 2 5 5 0 0 0 1 0 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DRA. JULIA TRAVASSOS REABILITACAO ORAL E                                                 | 50379                                                       | RJ                                    | 9999999                                 |                                           |
| 26 - Nome do Profissional Executante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 27 - Número no CRO                                                                       | 28 - UF                                                     | 29 - Código CBO S                     |                                         |                                           |
| JULIA DA SILVA TRAVASSOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 50379                                                                                    | RJ                                                          |                                       |                                         |                                           |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 30 - Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 31 - Código do Procedimento                                                              | 32 - Descrição                                              | 33 - Dente/Região                     | 34 - Face                               | 35 - Qtd                                  |
| 1 - 0 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 8 5 1 0 0 1 9 6                                                                          | RESTAURAÇÃO RESINA                                          | 14                                    | V                                       | 1                                         |
| 2 - 0 0                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 8 5 1 0 0 1 9 6                                                                          | RESTAURAÇÃO RESINA                                          | 15                                    | V                                       | 1                                         |
| 3 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 4 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 5 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 6 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 7 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 8 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 9 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 10 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 11 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 12 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 13 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 14 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 15 -                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 43 - Data Previsão Término do Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 44 - Tipo de Atendimento                                                                 | 45 - Tipo de Faturamento                                    | 46 - Total Quantidade US              | 47 - Valor Total R\$                    | 48 - Total Franquia / Co-participação R\$ |
| 09/04/25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Ortodontia 4 - Urgência/Emergência | 1 - Total 2 - Parcial                                       | 1 2 2 0 0                             | 0 0 0                                   |                                           |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 49 - Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                          |                                                             |                                       |                                         |                                           |
| 50 - Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 51 - Data, local e Assinatura do Profissional Contratado                                 | 52 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53 - Data, local e Carimbo da Empresa |                                         |                                           |
| 09/04/25 Julia Travassos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 09/04/25 Julia Travassos                                                                 | 09/04/25 Michelle Louzada Bochkorny                         |                                       |                                         |                                           |